№ 1. Warszawa dnia 23 Grudnia 1869 / 6 Stycznia 1870 roku. Tom VI.

REDAKCJA przy ulicy Królewskiéj Nr. 37.

KLINIKA.

Wychodzi w Czwartek każdego tygodnia

TYGODNIK LEKARSKI.

w Warszawie:	Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10) Półrocznie „ 2 k. 50 („ 16 „ 20) Kwartalnie „ 1 k. 25 („ 8 „ 10)	na Poczcie:	Rocznie .... rsr. 6 (40 złp.) Półrocznie.......... „ 3 (20 złp.)
		Dodatek:	w Warszawie....... rsr. 2 rocznie. na Prowincji....... „ 2 kop. 30.

SPOSTRZEŻENIA SZPITALNE

Ropień torebki maziowéj nadrzepkowéj; ropnica przy licznych ropnicach przerzutowych.

Spostrzeżenie D-ra med. **J. Talko** w Tyflisie.

W ciągu roku ubiegłego do wojskowego szpitala w Tyflisie przybyło kilku szeregowców z ostrém zapaleniem torebki maziowéj kolana. U wszystkich używałem z dobrym skutkiem przeciw-zapalnych środków, przy zupełném pozbawieniu ruchów kończyny; a dwóch wyleczyłem li tylko dwurazowém wypuszczeniem z torebki surowiczo-krwistego płynu, za pomocą rurki cienkiego troakaru, obok jednocześnie wywartego ucisku paskami plastru lipkiego Chorzy po takiéj niewielkiéj operacji uczuwali ulgę, ja zaś słyszałem przy poruszaniu skóry pewien rodzaj trzeszczenia, podobnego do chrzęstu rozcieranego między palcami krochmalu, który pochodzić musiał od tarcia przekrwionych ścianek torebki. Jeden z tych przypadków śmiercią się zakończył i przyczyna śmierci zostałaby tajemnicą, gdybym zaciekawiony przebiegiem choroby nie zrobił sekcji. Przebieg choroby opowiem w krótkości:

Dnia 24-go (star. st.) Września r. b. do chirurgicznego oddziału w którym jestem ordynatorem, przybył 32-letni szeregowiec Leib-Erywańskiego pułku *Jerzy T...* Chory mocnéj budowy ciała, czerstwy i prawie nigdy nie chorował. Przed kilkoma dniami, w skutek zamoczenia i zaziębienia nóg w rzece, spuchła mu przednia część lewego kolana. W dniu przybycia chorego do szpitala znalazłem li tylko abcessus bursalis lewego kolana, przy lekkim gorączkowym stanie; ropa z torebki (*bursa mucosa patellaris*) już zaczęła się wydzielać; obrzękłość i ból przedniéj części kolana umiarkowane, czerwoność jednakże znaczna. Przepisałem mu chłodzący napój i kataplazmata, a następnego dnia pincetem wyciągnąłem z jamy ropnia obumarłą tkankę łączną, zbitą w massę wielkości orzecha włoskiego. Kataplazmata powtarzałem. Ból kolana ustał, wydzieliny jamy ropnia niewielkie, chory czuje się

znacznie lepiéj, jednakże ciągle pozostaje w łóżku. 29-go Września o godz. 2-éj w nocy chory uczuł silne dreszcze; wziąłem to za zwyczajny paroksyzm febry, która u nas często komplikuje chirurgiczne choroby. Po zarzyciu 10-cio granowéj dawki siarczanu chininy chory poczuł się lepiéj, lecz 2-go Października znowu miał dreszcze, z jamy ropnia wyciekała ropa wraz z surowiczo-śluzowym płynem; chory zwolna zaczął się przechadzać, chociaż mu to wzbroniono. 8-go Października przednia część kolana znowu silnie napuchła i poczerwieniała, ból ogromny, chodzić nie mógł. Dla uciskania kolana jak niemniéj w celu zupełnego unieruchomienia kończyny, nałożyłem tegoż dnia gipsowy opatrunek na całą nogę z okienkiem dla oczyszczenia jamy ropnia, opatrywanéj dwa razy dziennie szarpią zmaczaną w roztworze chlorku wapienia.

Chory przez cały czas do 25-go Października leży w łóżku, czuje się jak najlepiéj, marzy nawet o rychłém opuszczeniu szpitala; jednakże przez otwór w gipsowym opatrunku każdodziennie wydziela się znaczna ilość ropy czekoladowego koloru. Z 24 na 25-ty Paźdz w nocy chory znowu dostał silnych dreszczy, ropa zaczęła się wydzielać w większéj ilości wraz z krwią; w kolanie i w okolicy jamy ropnia bólów nie było żadnych. Znowu podano 10 gr. siarcz. chininy i zdjęto opatrunek gipsowy dla zbadania przyczyny dreszczy. Jakież było moje zdziwienie, kiedy goleń, biodro i kolano znalazłem jak w najlepszym stanie, nigdzie zapalnego stanu ani naczyń ani tkanki łącznéj, nigdzie chory nie czuje najmniéjszego bólu; na przedniéj części kolana tylko nieznaczne spuchnięcie, powierzchowny ropień ciągle wydziela czekoladowego koloru ropę przez otwór wielkości złotówki. Przy badaniu zondą jamy ropnia wykryłem powierzchowną zatokę ku wewnętrznéj stronie guzowatości kości goleniowéj (tuberositas tibiae), cięciem jamę ropnia otworzyłem, nie miał on żadnéj komunikacji ze stawem kolana. 26-go i 27-go Października, — częste bardzo dreszcze, gorączka ciągła, chory znacznie się zmienił i osłabł jakby po ciężkiéj chorobie, innerwacja znaznie upadła, — jednem słowem wystąpiła ropnica (pyaemia), gdyż przypuszczać zimnicy nie można było, dreszcze bowiem nie miały typu przepuszczającego. 28-go dreszcze nieco słabsze, chory zgoła nic nie je, z powierzchni obrażonego ropnia obfity krwotok, zatamowany przyłożeniem szarpi namoczonéj w roztworze półtora-chlorku żelaza (sesquichl. ferri). 29-go podczas rannéj wizyty silne dreszcze, — zapytany o jakiéj godzinie zwykle przychodzą, chory czasu oznaczyć nie może, powiada że go prawie nieustannie ziębi, gorączka ciągła z charakterem remittującym. Rysy chorego zmieniły się, oczy znacznie zapadły, widać po nim głębokie cierpienie i rodzaj odurzenia jak przy tyfusie; przytomność zupełna. 30-go czuje się lepiéj, dreszczów nie było, gorączka prawie żadna, puls zaledwo 64; bezsenność. 31-go —silna gorączka i osłabienie, puls 100, dreszcze częste, z rany sączy się żylna krew lub też posoka koloru czekoladowego. 1-go Listopada w nocy bardzo silne dreszcze, w dzień czuł się jednak lepiéj; gorączka ciągła. 2-go ogólny stan pogarsza się, gorączka przybiera charakter adynamiczny, puls 80. Chory zaczął się

uskarżać na ból w lewéj piersi, lekki kaszel z krwistą plwociną; z tyłu w lewéj części lewego płuca ograniczone stępienie tonu przy perkussji i inne symptomata jak przy zapaleniu płuc ograniczonem (pneumonia circumscripta). 3-go wieczorem nastąpiła śmierć w gorączce przy znaczném upadku sił. Z leków dawano choremu ex consilio: siarczan chininy, kalomel, digitalis, kamforę, ciało wycierano aromatycznym octem, — któreto środki przynosiły li tylko chwilową ulgę w cierpieniu.

Sekcję wykonano 5-go Listopada z rana. Trup przedstawia dość silnie zbudowanego mężczyznę z tkanką tłuszczową podskórną dobrze rozwiniętą twarz zmizerowana, oczy zapadnięte, skóra zupełnie blada. Po zdjęciu szarpi z kolana widać że staw wcale nie obrzękły, na przedniéj jego powierzchni brunatny wrzód długości $2^1/_3$", idący ukośnie na dół po środkowéj części rzepki. Przy bliższém rozpatrzeniu rany, pochodzącéj od rozcięcia przednich ścian owrzodzonéj torebki maziowéj, widać, że jama ropnia była zupełnie ograniczoną i nie miała żadnéj komunikacji ani z sąsiednią tkanką łączną goleni, ani też ze stawem kolana; ten ostatni znaleźliśmy w zupełnie prawidłowym stanie, kości go składające nigdzie nie były obnażone. Podskórna i międzymuszkularna tkanka łączna jakotéż systemat żylny konczyny nie przedstawiały nic anormalnego. Krew żylna bardzo ciemna, zupełnie płynna bez skrzepów. W lewém płucu znaleziono następujące zmiany: na powierzchni przedniéj w dolnéj części lewego płuca widoczne było jasno-czerwone przekrwienie, w tylnéj zaś jego części świeże przyrośnięcie do klatki piersiowéj, na przestrzeni 3 cali kw. znaleziono na powierzchni płuca wysięk włóknikowo-ropny.

Po rozcięciu dolnéj części lewego płuca znaleźliśmy pod miejscem opisanego wysięku na opłucnéj ciemno-wiśniowy, twardy (a więc świeży) infarkt, mający na rozkroju formę dość wielkiego trójkąta, podstawę którego stanowił opisany wysięk. Prócz tego infarktu w téjże saméj części płuc znaleźliśmy jeszcze kilka (5) pomniejszych także świeżych infarktów, od wielkości grochu do laskowego orzecha dochodzących. W górnéj części lewego płuca znaczne przekrwienie. Prawe płuco było w prawidłowym stanie, górna tylko część jego dość anemiczna i puszysta. Po rozcięciu brzucha widać że na niektórych pętlach cienkich jelit istnieje żylne przekrwienie, otrzewna jednakże prawidłowa. Wątroba dosyć wielka, brzegi jéj zaokrąglone, na rozkroju stłuszczona, na prawym brzegu wątroby widać jakieś ograniczone uwydatnienie się, miejsce w którém czuć chełbotanie i po rozcięciu tego miejsca w głębi 2 – 3"' znaleźliśmy jamę ropniową wielkości jaja kurzego; ściany owego ropnia składały się z tkanki wątrobianéj, zawierał on płyn wodnisty i brudno szaro-żółtawy. Śledziona znacznie powiększone w skutek przekrwienia i trochę tylko rozmiękczona. Nerki także przekrwione, w lewéj niewielka torbiel (cysta pelvis). W żyłach miednicy, brzucha i piersi żadnych zmian widocznych, krew czarna, bez skrzepów.

Jeszcze za życia chorego złośliwa gorączka z częstemi nieregularnie przypadającemi dreszczami, nie mającemi typu zwyczajnéj zimnicy, i za-

wiający się jednocześnie znaczny upadek sił, pozwalały podejrzywać ropnicę; z jednéj strony bowiem mieliśmy ropień kolana, z drugiéj zaś w wewnętrznych organach nie znajdowaliśmy rozprzestrzenionego zapalenia i tylko zapalenie opłucnéj ograniczone, które w zwyczajnych razach nie wywołuje tak groźnych zjawisk i zmian w całym organizmie, jakto widzieliśmy u naszego chorego. O tyfusie i myśléć nie można było; brakowało jego tu charakterystycznych symptomatów, a przytém gorączka miewała intermissje znacznéj ulgi, chory ciągle był przytomnym i nigdy nie wpadał w śpiączkę, co jest także cechą odróżniającą ropnicę od septycemji. Gorączkę więc uważaliśmy za pjemiczną. Lecz gdzież należało szukać ogniska ropnicy? Przyznam się, że wątpiłem aby tak niewielki powierzchowny i ograniczony ropień torebki maziowéj kolana mógł być najdalszą przyczyną śmierci tak silnego mężczyzny; bliższą przyczyną była trawiąca gorączka, spowodowana patologicznemi zmianami wątroby i płuc. Przy otworzeniu zwłok znaleźliśmy ropień w wątrobie, mający wszelkie cechy t. z. ropnicy metastatycznego, w płucach zaś infarkty mające wszystkie oznaki następczego zakrzepu czyli zatoru (embolia). Wziąwszy więc na uwagę symptomata choroby i rezultata sekcji, stanowczo wykluczamy możność istnienia w danym razie innéj choroby jak ropnicy. Pozostaje nam tylko wypowiedzieć jaki był związek między ropniem maz. torebki, metastatycznym ropniem wątroby i infarktem płuc.

Co się tyczy etiologji ropnicy, to wyznam, iż w tym względzie jestem zaciętym wirchowistą, przyczynę jéj u naszego chorego uważam za czysto mechaniczną, powstałą w skutek zadrażnienia włoskowatych naczyń wątroby i płuc oderwanym małym zakrzepem żylnym czyli embolem. W obu organach uformował się t. z. *infarctus embolicus*—i, sądząc po formie w jakiéj się nam przedstawił przy sekcji, twierdzić śmiemy, że w płucach był świeższym w wątrobie zaś znacznie dawniejszy, przez co przeszedł w rozmiękczenie i rozpad, utworzywszy ognisko rozpadowe ropne czyli ropień metastatyczny. Przypomnijmy tylko sobie iż chory cierpiał dreszcze 29 Września i 2 Października, a następnie przez 3 tygodnie czuł się zdrowym, nakoniec 24 Października znowu dreszcze się okazały, a zapewne zgodzimy się że około 29 Września utworzył się infarkt w wątrobie i zaledwie od trzech tygodni w płucach. Droga dla oderwanéj części skrzepu (t. j. embola), jak mi się zdaje, była następująca: uformowawszy się w skrzepie (trąbie) jakiejś niewielkiéj żyły, sąsiadującéj z ropniem torebki maziowéj, zator (embolus) przez żyły kończyny przeszedł do żyły głównéj dolnéj i przez żyłę wrotną dostał się do wątroby; takie jest zdanie Dr. *Webera*. *Virchow* zaś zatory wątroby tłomaczy dostaniem się skrzepów przez płuca do lewego serca i wielkiego krążenia krwi. Zatrzymawszy się w włoskowatych naczyniach téj ostatniéj w formie infarctus embolicus, w ciągu $3\frac{1}{2}$ tygodni rozmiękczył się i przeszedł w ropień metastatyczny. Następnie na granicy ropnia uformował się znowu skrzep żylny, z którego zator dostawszy się przez żyłę wątrobową (v. hepatica) do prawego serca, a daléj przez tętnicę płucną do lewego płuca, spowodował w tém ostatniem zator następczy *inf. embol pulmonum*

przy ciągłych dreszczach od 24 Października, któryby znowu przeszedł w rozpad gdyby śmierć chorego temu nie przeszkodziła. — Takie jest moje zdanie o łączności symptomatów choroby *Jerzego* z obdukcyjnemi rezultatami jego trupa. Uważać ropień wątrobiany za idiopatyczny, jakim on bywa przy zapaleniu parenchymatycznėm tego organu, w żaden sposób nie podobna, miał on bowiem cechy metastatycznego. Lecz czyż sprawiedliwe może przypuszczenie, że skrzep żylny pochodził pierwotnie z okolicy ropnia torebki maziowėj? W kończynie ani też w brzusznych żyłach nigdzie nie znalazłem zakrzepu (thrombosis) widocznie więc że potrzeba było szukać go w drobnych naczyniach może być nawet z mikroskopem w ręku.

Stawiam więc tu pytanie: czy może zapalenie ropne powierzchownėj torebki maziowėj (*bursae muc. patellaris subcutaneae*) *) wywołać tak groźne następcze zjawiska bez jednoczesnego cierpienia stawu kolanowego, lub też tkanki łącznėj kończyny? O ile mi wiadomo, prawie wszyscy chirurgowie uważają ropień torebki maziowėj strasznym, li tylko jako częsty przyczynek do zapalenia stawu kolana lub sąsiedniėj tkanki łącznėj —i *Billroth* (patrz jego *Allg. Path. und Therapie* wyłożoną w 50-ciu odczytach) mówiąc, iż ropnie torebki „rzadko sprawiają straszne następstwa” miał na widoku tylko te dwie następcze choroby. Wszakże i te ostatnie nie zawsze się kończą fatalnie; widziałem kilka ran stawu kolanowego, które się kończyły wyzdrowieniem przy użyciu gipsowego opatrunku lub też świeżėj baraniėj skóry (sposób tutejszych chekimów); a kolega *O.* mówił mi, że obserwował ostropiasty ociek biodra i goleni po 4-rokrotnėj punkcji 4-roletniėj hygroma patellae, który się zakończył pomyślnie dla chorego.

Naostatek należy mi wspomnieć, iż jeden z kolegów, któremu opowiadałem historję choroby dopiero co opisanėj, gotów był przypuszczać, że użyty tu gipsowy opatrunek kończyny mógł sprzyjać rozwinięciu się ropnicy. Jestto nic innego tylko fałszywe przypuszczenie, którego się chwytamy w braku pewnego etiologicznego tłomaczenia choroby, do dziś dnia jeszcze dość ciemnėj. Prawda, wstrzymanie lub zwolnienie miejscowego krążenia, naprzykład w skutek ciśnienia, sprzyja tworzeniu się żylnego zakrzepu, lecz gipsowy opatrunek nigdy nie był o to obwiniony; przeciwnie, bardzo go zalecają najdoświadczeńsi chirurgowie przy zapaleniach stawów, tkanki łącznėj (phlegmone) etc. jako środek przeciwzapalny; opatrunek bowiem lekko i jednostajnie naciska i unieruchomia. Przytem, chory nasz zaczął miewać dreszcze 29 Września (*inf. embolicus hepatis*), a opatrunek nałożono dopiero 8-go Października.

---

*) Która się dość często łączy z *bursa pat. profunda* (*Luschka*) znajdowaną pod powięzią mięśnia biodrowego prostego.

SZKICE DERMATOLOGICZNE.

III.

O wysypkach syfilitycznych.

napisał **T. Belke**, Lek. ordyn. w Szpitalu Ś. Łazarza.

W miarę posuwania się w naszym opisie wyrzutów syfilitycznych, przechodzimy obecnie do *wysypek łuszczynkowych* [1]) (syph. squammosae), które cechują się nagromadzeniem *zbitych i suchych komórek naskórka w pewnych miejscach ogólnej powłoki ciała, skóra w tych miejscach bywa barwy różowej lub ciemnoczerwonej*.

Wysypka ta nigdy nie okazuje się pierwotnie, należy ona do form syfilitycznych skórnych zastarzałych, nader upartych, występuje po wielu latach istnienia choroby, przychodzi nieraz po znacznym przeciągu czasu, w którym chory był pozornie zdrów, formy jej pokazują się po najsumienniejszych najtrafniejszych kuracjach; w wielu razach łuszczynki syfilityczne nadzwyczaj są podobne do pewnych wyłącznie cierpień skórnych. Z tych to powodów forma ta wyrzutu należy do bardzo ważnych, przedstawia ona prawdziwą trudność w rozpoznaniu, a właściwe jéj leczenie stanowić będzie zawsze pewną zasługę dla lekarza. Przy tych to formach, bez odpowiednich wiadomości, wiele złego wyrządza się chorym, przynosząc jednocześnie ogromny uszczerbek swéj sławie naukowéj. Liczne przykłady i spostrzeżenia, jakie przywiodę, przekonają czytelników o słuszności słów moich.

Spostrzeżenie V. *T.* urzędnik z guberni Łomżyńskiej, zaraziwszysię w Czerwcu r. 1868, natychmiast szukał pomocy lekarskiej; leczył się przez miesięcy 5 i przybył w Listopadzie tegoż roku do Warszawy w następnym stanie:

Na żołędzi członka wrzód gangrenowy, który zniszczył połowę żołędzi od tylnéj strony, zajmując w samem przejściu ujście cewki moczowej; napletek formuje ogromnych rozmiarów wał (wielkości śliwki), konsystencji twardéj, prawie kostnéj; gruczoły limfatyczne całego ciała zbrzękłe, tworzą wyraźne paciórkowate sznury z węzłami; na głowie żółte suche strupki, włosy wychodzą obficie; na skórze pleców i ramion, szczególniej na lewem, miejsca wielkości rubla srebnego i mniejsze, barwy sino-czerwonéj, pokryte blaszkami twardego, suchego naskórka, które to ostatnie dają z łatwością zdrapywać się paznogciem, nie powodując ani krwawienia, ani też żadnego objawu subjektywnego (swędzenia, bólu), skóra w tych miejscach zgrubiała nieco;—jama ustna mocno zaczerwieniona, na łukach podniebiennych charakterystyczne owrzodzenia syfilityczne, trudność połykania, głos chrapliwy, ogólne wycieńczenie, mocne bóle głowy, poty wieczorami, łatwe męczenie się, częste bicie serca.

Taki jest stan obecny naszego chorego. Był on dotknięty (jak łatwo się było przekonać z pojedyńczych i ogólnych objawów) chorobą syfilityczną ogólną, a jednocześnie zarazem pierwotne owrzodzenie przeszło w gangrenę; chory nasz jednakże nie używał dotąd żadnéj kuracji specyficznéj. Czterech bowiem kolegów, traktujących go przez przeciąg pięciu miesięcy, pozostawało w ciągłéj niepewności co do natury cierpienia; większość utrzymywała, iż choroba jedynie jest lokalną, a opierając się na do-

[1]) Patrz *Kliniki* Nr. 10 tom IV i Nr. 22 tom V 1869. r.

wodach czysto teoretycznych, z księgami w rękach, wykazywali choremu i sami sobie, iż wrzody twarde nie podlegają komplikacjom,—a ponieważ tutaj istnieje gangrena, ztąd więc i choroby ogólnej być nie może; ani ogromna charakterystyczna twardość napletka, ani szerzenie się wrzodu w miarę ogólnego upadku sił, powodowanego chorobą, ani brzęknięcie niebolesne gruczołów pachwinowych i karkowych, ani wreszcie występowanie wyrzutów skórnych, wychodzenie włosów, nie zdołały obalić owéj sztucznéj teorji, opartéj na wiedzy czysto książkowéj.

Kalectwo na szczęście w niezbyt wysokim stopniu jest następstwem owych niefortunnych dedukcji, owéj nieznajomości praktycznéj choroby syfilitycznéj. W naturze nie ma reguł.—Otóż i tutaj był rzeczywiście przypadek odstąpienia od reguły, iż: przy ogólnej chorobie w miejscu pierwotném zarażenia, pojawiła się gangrena; może być iż gangrena powstała także w skutek używania środków miejscowych drażniących (najprawdopodobniej), lecz głównie nieleczenie choroby ogólnej wpływało na powiększanie i szerzenie się wrzodu gangrenowego.— Natychmiast zastosowana właściwa terapja (o której szczegółach nie tu miejsce mówić) sprowadziła prędkie zabliźnienie się wrzodu, spowodowała ustąpienie ogólnych objawów chorobnych, i chory nasz w ciągu 2 miesięcy był zupełnie zdrów.

Szczególny to traf, zdarzający mi się po raz pierwszy w praktyce, niezwrócenia się do rtęci, przy pewném podejrzeniu choroby syfilitycznéj. Lekarze bowiem tutejsi tak miejscy jak i prowincjonalni, nadzwyczaj skorzy są do użycia kuracji merkurjalnéj, często bardzo i tam gdzie jéj zupełnie nie potrzeba: Widziałem chorego, u którego w skutek obfitego wydzielania się smegmy, pod napletkiem powstało balanopostitis i nadżarcia (excorationes) żołędzi; chory brał pigułki rtęciowe przez dwa miesiące. Obserwowałem *Trądzik zwykły* (Acne vulgaris) leczony rtęcią przez pewnego znanego akuszera, spostrzegałem przypadki gdzie *psoriasis versicolor* brane było za plamy syfilityczne i jako takie leczone i t. p.; jedném słowem, mimo faktu codziennie się powtarzającego, iż lekarze specjalność naszą uważając za niezmiernie przystępną, chętnie biorą się do leczenia wenerycznych, nauka syfilografji jest zupełnie obcą ogółowi lekarskiemu. Pomyłki niestety, przedewszystkiem smutne dla chorych, wydarzają się codziennie. *(D. c. n.)*

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIÉJ.

MEDYCYNA OGOLNA.

Sprawozdanie z niektórych spornych kwestji **anatomji patologicznéj i patologji ogólnéj**.

1868 i 1869.

Sprawozdawca **St. Markiewicz** Lekarz fabryki w Soczewce.

Zadanie sprawozdawcy z działu medycyny ogólnéj w naszém piśmie nie jest łatwém. Dział to bowiem jak z jednéj strony najbogatszy w ciekawe i ważne prace, tak z drugiéj znowu najobfitszy w teorje i hypotezy, które nieraz łudząco pozór prawdy naukowéj mają. W czasopismach wyłącznie referatom poświęconym, jak: „*Centralblatt*" berliński, jak „*Jahresberichte*" *Virchow'a* i *Hirsch'a* lub „*Jahrbücher*" *Schmidt'a*, podają się w streszczeniu i niemal bez krytyki ostateczne wyniki i zdania zawarte we wszystkich pojawiających się pracach literackich, bez względu na ich ważność i doniosłość naukową. W naszéj „*Klinice*" mimo rozszerzania przeglądów literatury lekarskiéj, zawsze jest za mało miejsca, by *wszystko* referować. Referujemy więc tylko to co najważniejsze, co istotny postęp nauki zaznacza. Otóż przy wyborze artykułów i prac literackich z działu medycyny ogólnéj niemałe zachodzą trudności.

Nie raz wachamy się długo czy zdać czytelnikom sprawę z nader zajmującéj pracy, ale w któréj nowość podanych faktów nie pozwala nam być absolutnie kompetentnymi sędziami co do słuszności ostatecznych wniosków autora. Czekamy więc potwierdzenia ze strony większéj liczby badaczy. Takieśmy postąpili zdając w roku zeszłym sprawę z teorji *Cohnheim'a* i prac do nich się odnoszących, przez co jednak koledzy może zbyt późno o ważnéj téj nowości naukowéj otrzymali wiadomość. Zawsze jednak pośpiechu raczéj aniżeli opóźnienia żałujemy. I tak, podaliśmy czytelnikom w Nr. 2-im Tomie III-im *Kliniki* obszerną wiadomość o pracy *Salizbury'ego*, który starał się wykazać parazityczną naturę malarji. Było to wtedy, kiedy wszystkie pisma lekarskie zapełnione były artykułami donoszącemi o coraz nowych pasożytach, jako źródłach i przyczynach wszystkich niemal chorób zakaźnych. Dziś przekonywamy się, że wraz z wielu kolegami padliśmy ofiarą..... blagi, z powodu niedostatecznéj znajomości historji naturalnéj kryptogamów.

Długie wachanie się w wyborze prac naszego działu bywa téż nieraz powodem, że daleko późniéj niżby należało koledzy otrzymują referata z wielu ważnych ale spornych kwestji. Obecny więc referat postanowiliśmy tego rodzaju kwestjom poświęcić, by uzupełnić braki naszych sprawozdań z dwóch lat ubiegłych.

I. Tak zwana woskowa degeneracja mięśni Zenker'a.

Erb. Ueber die sogenannte wachsartige Degeneration der quergestreiften Muskelfasern. (*Arch. f. path. Anat.* Bd. 43, Hft. 1, 1868).

Klob. Beitrag zur pathol. Anat. des Typhus exanthematicus. (*Oester. Ztschrft. f. Heilk.* Nr. 29, 1866).

Neumann E. Ueber die von *Zenker* beschriebenen Veränderungen der willkührlichen Muskeln bei Typhusleichen. (*Arch. d. Heilk.* Hft. 4. 1868).

Wiadomo, że profesor *Zenker* w r. 1864 wydał swe obszerne dzieło (148 stronnic), traktujące o zmianach patologicznych mięśni prążkowanych w tyfusie brzusznym [1]). Materjału do obserwacji dostarczyły mu sekcje zmarłych, podczas częstych epidemji tyfusu brzusznego panującego w Dreznie od 1859 do 1862. Sekcji tych autor przeszło 100 dokonał. Ostateczne wnioski, do jakich doszedł *Zenker* oparty na odkrytych przez się faktach, są następujące:

W przebiegu tyfusu brzusznego ma miejsce degeneracja różnych grupp mięśni prążkowanych, która, ze względu na stałość z jaką w téj chorobie występuje, postawioną być może obok cechujących zmian błony śluzowéj kiszek. Zmienione mięśnie przedstawiają pod mikroskopem dwie formy degeneracji: ziarnistą (*körnige*) i woskową (*wachsartige*). *Degeneracja ziarnista* polega na odkładaniu się mniejszéj lub większéj ilości drobniuchnych molekulów w substancji kurczliwéj pęczków mięśniowych; część tych molekułów rozpuszczalną w kwasie octowym autor uważa za ciałka białkowate, część zaś nierozpuszczalną za tłuszcz. Pęczki mięśniowe uległe ziarnistéj degeneracji okazują nadzwyczajną absolutnie anormalną kruchość, zkąd pochodzi rozszczepywanie się ich substancji kurczliwéj obok zupełnie nienaruszonéj całości sarcolemmae. *Degeneracja woskowa* polega na przemianie substancji kurczliwéj pierwotnych pęczków mięśniowych na massę jednorodną, bezbarwną, mocny woskowy połysk mającą,—na zupełném zatraceniu się poprzecznych prążek i jąder mięśniowych obok zupełnego zachowania całości sarcolemmae. Liczba tak zmienionych włókien bywa różną tak w jednym mięśniu jak i w całym układzie mięśniowym w ogólności. Pęczki mięśnowe uległe degeneracji woskowéj również w wysokim stopniu przedstawiają anormalną kruchość, skutkiem któréj roszczepiają się zdaniem autora jeszcze za życia indywiduum na różnéj wielkości ułamki i drobinkową massę, które stopniowo wessanemi zostają, co prowadzi do liczebnego ubytku (numerische Atrophie) włókien mięśniowych.

W bardzo wielu przypadkach z wyżéj opisanemi zmianami degeneracyjnemi idzie w pa-

---

[1]) *Ueber die Veränderungen der willkührlichen Muskeln im Typhus abdominalis nebst einem Excurs über die pathologische Neubildung quaergestreiften Muskelgewebes.* Mit 5 Tafeln. Lepzig. 1864.

rze regeneracyjne bujanie komórek (tkanki łącznéj) w perimysium, mające zdaniem autora prowadzić do odrodzenia, a raczéj zastąpienia zdegenerowanych włókien mięśniowych.

Autor rozróżnia 3 stopnie degeneracji: najniższy, średni i najwyższy. Najczęstszém siedliskiem degeneracji mają być mięśnie ksobne uda (adductores), mięśnie proste i piramidalne brzucha. W tych to mięśniach zwykle napotykać się daje najwyższy stopień degeneracji woskowéj obok jednoczesnego wystąpienia średniego i najniższego stopnia obu degeneracji w reszcie mięśni ciała.

W przedmowie do swego dzieła *Zenker* daje poznać, jak wielką wagę do swego odkrycia przywiązuje, mówiąc, że ze względu na długoletnie studja, które go doń doprowadziły, w dziele swém istotnie zawarł kawał życia swego.

I otóż to tak gruntownie opracowane dzieło autora, cieszącego się niemałą powagą w naukowym świecie lekarskim [1]), mocno zachwianém zostało poszukiwaniami kilku późniejszych badaczy. Ponieważ 2 lata już upływa od czasu jak się podniosły głosy krytyków *Zenker'a*, nie spotkawszy żadnéj odpowiedzi, zatém zdaje się słuszném, iżbyśmy i naszym czytelnikom głosy te poznać dali; kwestja bowiem o którą tu chodzi zbyt wielkiéj jest wagi, by ją ignorować wolno było.

Już w roku następnym po ukazaniu się pracy *Zenker'a* spotykamy się z częściowém zaprzeczeniem podanych przezeń faktów. *Waldeyer* (*Centralblatt.*—1865, p. 97), dziś profesor w Wrocławiu, nie zaprzeczając istnieniu saméj degeneracji, stara się jednak dowieść, że jest ona zjawiskiem następczem, wynikiem poprzedniego rozmnożenia się tak zwanych ciałek mięśniowych. W wielu przypadkach znajdował on całe włókna mięśniowe wypełnione mnóstwem okrągławych komórek. Mniema on, że część tych komórek ulega stłuszczeniu i rozpadowi, co stanowi degenerację *Zenker'a*, druga zaś część służy do regeneracji poniesionego ubytku. *Waldeyer* zatém nie widzi nic specyficznego w zmianie mięśni jaką opisał *Zenker;* daléj okres bujania komórek uważany przez *Z.* za następczy, podaje jako pierwotny i dający początek zarówno t. z. zwyrodnieniu (raczéj ubytowi), jak i odrodzeniu się włókien mięśniowych; a nakoniec cały proces bujania i regeneracji odnosi do ciałek mięśniowych, a nie jak *Zenker* do komórek tkanki łącznéj.

W roku 1866 daleko ważniejszy zarzut zrobił odkryciom *Zenker'a* profesor *Klob* w Wiedniu, zdając sprawę ze zmian znalezionych przy 11-tu sekcjach osób zmarłych z tyfusu. *Klob* po prostu uważa obserwację *Zenker'a* za omyłkę i twierdzi, że jego tak zwana degeneracja woskowa jest zjawiskiem pośmiertném.

W r. 1867 pojawiły się dwie prace odnoszące się po części do tego samego przedmiotu. Autor pierwszéj z nich *C. Otto Weber*, zmarły profesor chirurgji w Heidelbergu, traktując kwestję odradzania się mięśni w ogólności (*Archiw. Virchow'a.* Tom 39—1867), przychodzi do przekonania podobnego jak wypowiedziane przez *Waldeyer'a*, iż główną rolę w regeneracyjném nowotworzeniu się elementów mięśni prążkowanych odgrywają t. z. ciałka mięśniowe.

W drugiéj z wspomnianych prac profesor *Hoffmann* (*Archiv. Virchow'a.* Tom 40. 1867), zgadza się z jednéj strony na przyznanie ciałkom mięśniowym całéj ważności w procesie regeneracyjnym, ale z drugiéj strony w brew opinji *Waldeyer'a* a zgodnie z *Zenker'em* twierdzi, iż przy zmianie mięśni w tyfusie pierwszą fazę stanowi metamorfoza woskowa, a nie bujanie elementów komórkowych.

Nakoniec dwie wyżéj wymienione prace *Erb'a* i *Neumann'a* są ostatnim wyrazem zarzutów skierowanych przeciwko obserwacjom *Zenker'a.*

Erb opiera się na znanym fakcie, iż zupełnie normalne i świeże mięśnie żaby, królika, psa czy człowieka, pozostające przez $1/4$ do 2 godzin w obojętnym płynie, przedstawiają zupełnie obraz uważany jako cechujący dla tak zwanéj degeneracji woskowéj *Zenker'a.* Powyższe zmiany autor uważa za zależne z jednéj strony od skaleczenia mięśnia, z drugiéj zaś

---

[1]) Przypominamy tu tylko zasadnicze jego prace o trychinach i o zmianach płuc pod wpływem wdéchanego pyłu (Pneumonokoniosis). *(Przyp. Spraw).*

strony od pewnego rodzaju stężenia substancji mięśniowéj. Co do skaleczenia, to autor znajdywał wyżéj wspomniane zmiany jedynie w bliskości zrobionego cięcia. Fakt ten wszakże nie wystarcza do objaśnienia zmiany podobnéj w mięśniach osób zmarłych z tyfusu. Chcąc bliżéj poznać warunki powstawania owéj zmiany, autor paraliżował pojedyncze mięśnie żab przez zgniecenie odpowiednich nerwów, poczém zabijał te zwierzęta w kilka lub kilkanaście dni po sparaliżowaniu i zaraz po śmierci (przed nastaniem stężenia pośmiertnego) badał pod mikroskopem pojedyncze włókna porażonych mięśni, nie znajdując przy tém ani śladu jakiejbądź zmiany; resztę zaś sparaliżowanych mięśni pozostawiał jeszcze przez 24 god. w połączeniu z ciałem zabitego zwierzęcia aż do nastania stężenia.—Otóż te same mięśnie, których włókna przed nastaniem stężenia nie przedstawiały żadnéj zmiany, po jego wystąpieniu okazywały typową degenerację woskową. Również w jednym przypadku śmierci z tyfusu, autor, badając włókna mięśni ksobnych uda bardzo prędko po śmierci chorego, nie znalazł wcale zmiany woskowéj, która dopiero we włóknach tychże mięśni późniéj coraz wyraźniéj występować zaczęła.

Stanowczo więc autor uważa tak zwaną degenerację woskową jako zmianę pośmierną. Nie zaprzecza jednak, iż zmiana ta występuje i bez wpływu żadnego skaleczenia (zawsze jednak jako pośmiertna), w mięśniach będących w stanie patologicznym, który zdaniem autora polega na niedającéj się bliżéj określić zmianie chemicznéj lub molekularnéj włókien mięśniowych.

Zdaje się jednak, że bliższą prawdy jest praca *Neumann'a* (patrz tytuł), który z jednéj strony bynajmniéj nie uważa degeneracji woskowéj za zjawisko pośmiertne, z drugiéj zaś staje w niezgodzie tak z *Zenker'em* jak i z jego dotychczasowemi przeciwnikami. Autor oparł swą pracę na badaniu licznych trupów podczas epidemji tyfusu w Królewcu w 1868 roku. Rezultat poszukiwań autora jest w krótkości następujący: Ogólna sprawa chorobna przy tyfusie powoduje anormalną kruchość włókien mięśniowych, przyczém włókna te raz przedstawiają obraz zmiany ziarnistéj, lub też wcale zmienionemi się nie wydają. Ta anormalna łamliwość sprowadza rozszczepywanie się włókien w formie łusk, co daje obraz tak zwanéj degeneracji woskowéj. Rozszczepywanie to jako trauma oddziaływa na otaczającą tkankę łączną w perimysium i prowadzi ostatecznie do zabliźnienia. Co się zaś tyczy regeneracyjnego nowotworzenia się włókien mięśniowych, to autor nie przyznaje w niem żadnéj wagi ani bujaniu tkanki łącznéj perimysium (*Zenker*), ani téż ciałkom mięśniowym (*Waldeyer* i *C. O. Weber*), a raczéj stara się wykazać, że nowotworzenie to polega na dzieleniu się wzdłuż dawnych zdrowych włókien przez przerastanie ich bujającą tkaniną perimysium.

II. Kwestja Encephalitidis congenitalis.

Virchow, Zur pathologischen Anatomie des Gehirns—(Archiw *Virchow'a*. T. 38. 1867).
Virchow, Ueber interstitielle Encephalitis (Archiv *Virchow'a*. T, 44. 1868).
Hayem, Etudes sur les diverses formes d'encéphalite. These. Paris. 1868.

Virchow dawniéj już napotykał nieraz znaczne zmiany w tkaninie mózgowia i mlecza u noworodków, zmarłych wkrótce po urodzeniu, a których matki dotknięte były ostremi wysypkami lub syphilis. Przed dwoma laty miał sposobność obserwować przypadek podobny u dziecka urodzonego z zupełnie zdrowéj matki, która, będąc w ostatnich tygodniach ciąży, przeniosioną została z więzienia do oddziału szpitalnego *Virchow'a*. Dziecko przyszło na świat pozornie zupełnie zdrowe, nie chciało jednak ssać i zmarło prawie nagle 6-go dnia po urodzeniu. Z opisu wykonanéj przez autora sekcji wyjmujemy następujące szczegóły: Ciało dobrze odżywione; części miękkie z tyłu głowy aż po powięź lekko krwawo zabarwione, okostna łuski kości potylicowéj i obu kości ciemieniowych mocno krwią napojone. Kości czaszki przy szwie lambdowatym i wieńcowym na siebie zachodzące, same kości stosunkowo grube i nienaruszone. Dura mater mierną ilość krwi zawiera, w zatokach jéj ciemna krew. Naczynia opony na przednich zrazach szczególniéj u podstawy mózgu mocno krwią wypełnione, sama opona cokolwiek oedematyczna i nieco krwawo przesiąknięta; istota korowa w miejscach tych lekko brunatno zabarwiona. Na średnich i tylnych zrazach mózgu

mniejsze przekrwienie opon obok żółtawego oedematycznego ich przesiąknięcia. Cała istota biała ma wygląd brudnéj szaro-różowéj papki. Zwoje ośrodkowe i wzgórki czworacze nieco mniéj rozmiękczone ale równie jak szara warstwa korowa mózgu wyglądają białawo i blado. Pons *Varolli* i móżdżek na pozór normalne, ich biała istota niezmieniona. Badanie mikroskopowe wykazało, iż biała istota mózgu przepełniona jest kulkami ziarek tłuszczowych (Fettkôrnchenkugeln), wśród których tu i owdzie leżą małe gruppy komórek w stanie bujania.

Autor, biorąc na uwagę daleko posunięte zmiany jakie napotkał, nie wątpi, iż chodzi tu o sprawę chorobną przyrodzoną. Mniema on iż podobne przypadki przyrodzonéj encephalitidis i myelitidis nie zawsze kończą się śmiercią, a równie często przechodzą w mniéj lub więcéj zupełne wyzdrowienie. Prawdopodobnie odnieść tu można niektóre przypadki paralysis infantum i idiotyzmu. Zdaniem autora zmiany chorobne, o których tu mowa, zasługują na szczególne uwzględnienie ze strony lekarzy sądowych, którzy nieraz może niedość zasadnie opiniują o apoplektycznéj śmierci dziecka, opierając się jedynie na tak zmiennych momentach jak pewien stopień przekrwienia mózgowia i jego opon - Poszukiwania autora przekonały go, iż nie mały procent dzieci, umierających wkrótce po urodzeniu, posiada owe charakterystyczne zmiany mózgu. Ztąd wniosek o potrzebie badania mikroskopowego w przypadkach podlegających opinji sądowo-lekarskiéj. Sprawa chorobna, o którą tu chodzi, polega zdaniem *Virchow'a* na przemianie tłuszczowéj komórek neurogljі (tkanki interstіcjalnéj mózgu), podobnie jak zmiana siatkówki przy morbus *Brightii.* Komórki, wypełnione ziarnkami tłuszczu i kupki takichże ziarek tłuszczowych, znajdują się w cierpieniu tém przeważnie w białéj istocie półkul mózgowych i pęczków mlecza. Największe ogniska chorobne tego rodzaju nie przechodzą $^1/_4$ do $^1/_2$ cala w średnicy. Następczo i same elementa nerwowe ulegają zniszczeniu i wtedy dopiero następuje rozmiękczenie, co jednak nie zbyt często się zdarza. Co do natury tego procesu, autor uważa go za czynny, na podrażnieniu polegający i oznacza go nazwą interstіcjalnego zapalenia mózgu i mlecza, za czem przemawia to, iż przed nastąpieniem tłuszczowéj przemiany w komórkach neurogljі, komórki te przedstawiają powiększenie wymiarów, pomnożenie ziarnistéj zawartości, daléj dzielenie się jąder i rozmnażanie się samych komórek. Sprawie téj często ale nie zawsze towarzyszy przekrwienie. Dawniéj autor napotykał tę przyrodzoną zmianę mózgu tylko u dzieci urodzonych z matek dotkniętych ospą i syphilis. Przytoczony jednak na wstępie przypadek przekonał go, że i zupełnie zdrowa matka może urodzić dziecię z encephalitis congenita. Śmierć dziecka następuje już to wśród objawów wycieńczenia, już też poprzedzają ją wyraźne znaki cierpienia ośrodków nerwowych.

Opierając się na badaniach anatomo-patologicznych *Hirschberg* (*Berl. Klin. Wochenschrift. 1868. Nr. 31* i *32.*) przekonał się, iż w przypadkach neuroparalitycznego owrzodzenia rogówki u małych dzieci, opisanego dawniéj przez *Graefe'go*, zachodzi stale proces chorobny mózgu, polegający na zmianie obserwowanéj przez *Virchow'a.*

Jstotnie w drugim artykule *Virchow* donosi, iż zgodnie z przypuszczeniem *Hirschberg'a* opisana przezeń Encephalitis interstitialis nie tylko u noworodków ale i u kilkomiesięcznych dzieci się zdarza. W tych ostatnich przypadkach wszakże niemożna stanowczo jeszcze orzec, czy zapalenie jest przyrodzone, czy téż po urodzeniu rozwinięte. W każdym jednak razie sprawa to chorobna zasługuje na szczególną uwagę ze względu na wielką śmiertelność dzieci w pierwszych miesiącach życia. Drugi ten artykuł *Virchow'a* jest jednak przeważnie polemicznym, spowodowany zdaniami wypowiedziansmi w rozprawie *Hayem'a.* Ten ostatni, badając istotę mózgu u dwunastu dzieci zmarłych w pierwszym miesiącu życia, znalazł u wszystkich kule z ziarnek tłuszczowych złożone, zkąd wyprowadza wniosek, iż obecność ich za cechę zapalenia interstіcjalnego poczytaną być nie może. *Hayem* te tylko przypadki do encephalitis zalicza, w których obok tłuszczowo zmienionych komórek neurogljі zachodzi i przekrwienie nadzwyczajne ognisk chorobnych. *Virchow* zaprzecza by w mózgu wcześnie zmarłych lub nieżywo urodzonych noworodków stale kule ziarnek tłuszczowych wykazać się dały, a tymczasem przekonał się o stałéj ich obecności w mózgu noworodków urodzonych z matek dotkniętych ospą i syphilis. Zwraca nadto uwagę na charakterystyczne wrze-

cionowate obrzmienia cylindrów osiowych (Axencylinder), jakie towarzyszą zawsze opisanemu przezeń procesowi chorobnemu, a które również dawniéj podane zostały jako cechujące przy zapaleniu siatkówki w morbus *Brightii*,— to zaś ostatnie, jak już wspomniano wyżéj, polega na pomnożeniu i tłuszczowéj przemianie komórek neuroglji. W końcu ostrzega, by z opisanemi przezeń zmianami nie brać za jedno tłuszczowéj przemiany ścian naczyń krwionośnych lub pojedynczych tłuszczowo zmienionych komórek neuroglji.

III. Czy pęcherzyki płucne u człowieka posiadają nabłonek i jaką jest jego rola w sprawach chorobnych?

Colberg.—Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der Lunge (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 2. 1866).
Chrzonszczewski.—Zur Lehre von dem Lungenepithel (Archiv *Virchow'a* T. 35. 1866).
Hirschmann. — Zur Lehre über den feineren Ba ı des Lungenparenchyms bei Saugethieren (Archiv. *Virchow'a*, T. 36. 1866).
Bayer.—Das Epithel der Lungenalveolen und seine Bedeutung in der crupösen Pneumonie. Jnaugural—Abhandlung Leipzig. 1867.

Ustęp odnoszący się do budowy pęcherzyków płucnych na str. 288 w Gesammelte Abhandlungen *Virchow'a* każe wnosić, iż badacz ten już dawno nie wątpił o istnieniu nabłonka brukowego w pęcherzykach płucnych u człowieka. Od owéj jednak epoki aż po ostatnie czasy kwestja istnienia nabłonka w pęcherzykach płucnych należała do najbardziéj wątpliwych, i nie małą liczbę spornych artykułów do kwestji téj się odnoszących pomieszczał sam *Virchow* w swoim *Archiwie.* Zdaje się, że aż do ogłoszenia znakomitych prac *Colberg'a* (niedawno zmarłego profesora w Kiel) w r. 1863, liczba histologów powątpiewających o istnieniu owego nabłonka w płucach ludzi dorosłych przeważała liczbę wierzących. Wydoskonalone środki badania mikroskopowego uszczupliły szereg niewierzących, do których jednak po dziś dzień między innemi *Henle* należyć się zdaje (we wstępie do 2-go tomu jego anatomji:—Splanchnologja).

Chcę tu streścić rezultat poszukiwań ostatnich odnoszących się tak do nabłonka pęcherzyków płucnych w stanie normalnym, jak i do udziału jaki nabłonek ten bierze w różnych sprawach chorobnych:

Deichler (Beiträge zur Histologie des Lungengewebes. 1861). i *Zenker* (Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der Lunge 1862) zaprzeczali zupełnie istnieniu nabłonka w pęcherzykach płucnych. Późniéj *Eberth*, *J. Arnold* i *Hertz* (w Archiwie *Virchow'a* z 1862 i 1863. T. 24, 26 i 27) pracami swemi starali się dowieść obecności przerywanego nabłonka, mniemając że pętle naczyń włoskowatych w pęcherzykach płucnych są z nabłonka ogołocone a tylko luki pomiędzy niemi posiadają nabłonek. Jednocześnie *Colberg* (De penitiore pulmonum structura physiologica et pathologica. Halis 1863) stanowczo wystąpił z twierdzeniem, iż pęcherzyki płucne zarówno u zwierząt jak i u człowieka posiadają nabłonek brukowy kompletny.

Niezadługo *Eberth* (*Würzburger naturwiss. Zeitschrift* 1864) i *Elentz* (Diss. inaug. Würzburg 1864) przy pomocy metody posrebrzania (solutio Arg. nitrici) przekonali się o istnieniu kompletnego nabłonka w pęcherzykach płucnych u amfibiów; zaprzeczali jednak wyżéj wspomnionym twierdzeniom *Colberg'a*, odnoszącym się zarówno do płuc zwierząt i człowieka. Późniéj jeszcze ukazała się praca *Bakody'ego* (Archiv. *Virchow'a*. T. 32 1865), który dowodzi zupełnego braku wszelkiego nabłonka w pęcherzykach płucnych.

W r. 1866 występuje znowu *Colberg* z pracą, któréj tytuł na wstępie podaliśmy i poprzednie swe twierdzenia nowemi przekonywającemi dowodami i faktami popiera. Od tego czasu, o ile się zdaje, żadne ważniejsze badania nie zdołały zachwiać poglądów *Colberg'a*. Dane do których badacz ten doszedł są następujące:

By osiągnąć stanowcze przeświadczenie o bytności zupełnéj powłoki nabłonkowéj w pęcherzykach płucnych, autor uważa za konieczne dokonać 3 szeregi poszukiwań, a mianowicie. 1. na płucach płodu w różnych okresach jego rozwoju aż do zupełnéj dojrzałości;

2. na płucach dojrzałych zwierząt i ludzi; 3. na płucach będących w stanie patologicznym w samym początku sprawy chorobowéj. Nie trudno jest bowiem przekonać się o bytności nabłonka w pęcherzykach płuc u płodu i u noworodka, również niemożna zaprzeczyć bytności jego w początkowych okresach chorobnych, ale natomiast rzadko udaje się wykazać jego obecność w płucach zdrowych dojrzałego człowieka i zwierząt, co autor objaśnia trudnością przyrządzania odpowiednich skrawek pod mikroskop i czem objaśnia niewiarę w istnienie nabłonka w pęcherzykach płucnych ze strony tych badaczy, którzy się ograniczyli na poszukiwaniach płuc zdrowych u ludzi i zwierząt.

Autor wszystkie prawie poszukiwania swoje robił na płucach nastrzykniętych, następnie zasuszonych i zabarwionych karminem. Obraz jaki się pod mikroskopem przedstawia bywa różny, stosownie do tego jak wypadało cięcie, czy nie przecięło wcale ścian obserwowanego pęcherzyka, czy przecięło ściany jego raz jeden, czy też cięcia przeszły przezeń równoległe dwa razy. W tym ostatnim przypadku nabłonek przedstawia się w postaci kółka przylegającego do wewnętrznego obwodu przeciętego pęcherzyka. Jest to najkorzystniejszy i najbardziéj przekonywający obraz, ale najłatwiejszemu ulegający naruszeniu, gdyż cały wianek komórek nabłonkowych najczęściéj się odlepia od obwodu pęcherzyka i albo jako nieforemny zlepek pozostaje w świetle przeciętego pęcherzyka, albo zupełnie znika z pola widzenia obserwatora. Szczególniej częstem to bywa w zdrowych płucach dorosłych ludzi i zwierząt. Trwalszym zaś jest nabłonek ten w embrjonalnych płucach.

Pominąć tu muszę inne szczegóły poszukiwań autora, odnoszące się do nabłonka pęcherzyków płucnych w stanie fizjologicznym, rzecz to bowiem nie do mego działu sprawozdawczego należąca.

Przechodzę do faktów anatomo-patologicznych odkrytych przez *Colberg'a*. Autor badał płuca 8 dzieci, zmarłych w 1 do 3 dni po zrobionéj tracheotomji w przebiegu krupowego zapalenia krtani. W 6 z tych przypadków makroskopijne oględziny nie wykazywały żadnéj zmiany w pęcherzykowéj części miąższu płuc, a jednakże mikroskopowe badanie przekonało o znacznem obrzmieniu powłoki nabłonkowéj pęcherzyków płucnych. Autor uważa to obrzmienie komórek nabłonka w pęcherzykach płucnych za początkowy okres pneumoniae catarrhalis. Przeciwko stawianemu przez niektórych badaczy przypuszczaniu, jakoby komórki obecne w tego rodzaju przypadkach w pęcherzykach płucnych zsunęły się do ich wnętrza z drobnych skrzeli, autor podnosi fakt, iż w kilka ze wspomnionych przypadkach, komórki nabłonka w skrzelach nie przedstawiały ani obrzmienia ani bujania, ani krupowego wysięku; nie było w nich jednem słowem nic takiego, coby do pęcherzyków zsunąć się mogło. — Również z naciskiem mówi autor, iż w tych przypadkach ostrego krupu i ostréj kataralnéj pneumonji, o których tu mowa, nigdy nie zdołał się przekonać, iżby elementa tkanki łącznéj, w skład ścian pęcherzyków oskrzeli i krtani wchodzące, brały jakibądź udział w sprawie chorobnéj i ulegały jakiéjbądź zmianie Cały ten ostry proces zdradza się pod względem anatomicznym jedynie zmianami w nabłonku.

Ponieważ we wszystkich wspomnianych przypadkach przy sekcji nie znaleziono żadnych większych wysięków krupowych w krtani, ponieważ nadto tracheotomja najważniejszą przeszkodę w oddéchaniu usunęła, zatém dla objaśnienia przyczyny śmierci uciec się trzeba do przypuszczenia, iż samo obrzmienie nabłonka w pęcherzykach płucnych, jeżeli w znacznéj części płuc ma miejsce, utrudniając przemianę gazów, staje się powodem letalnego zejścia. Przypuszczenie to objaśnia wiele przypadków śmierci przy krupie po zrobionéj pomyślnie tracheotomji, gdzie ani badania klatki piersiowéj za życia, ani makroskopijne oględziny po śmierci przyczyny zgonu nie wykrywają.

Drugim procesem chorobnym, w którym autor wykazał ważną rolę nabłonka pęcherzyków płucnych, jest chroniczna kataralna pneumonia, stanowiąca tak często pierwszy okres suchot płucnych.

Trzy różne procesa chorobne dają początek zniszczeniom miąższu płuc u suchotników: chroniczna pneumonia kataralna (inaczéj zwana pneumonią skrofuliczną lub serowatą), owrzodzenia w miąższu płuc i nakoniec gruźlica. W każdym niemal przypadku suchot trzy te procesa chorobne występują w końcu razem; ale przy badaniu mniéj zmienionych części płuc osób zmarłych na suchoty, autor zdołał wykazać, iż punkt wyjścia każdego z nich jest

różny, a mianowicie: chroniczna kataralna pneumonia polega na zmianach nabłonka w pęcherzykach płucnych, owrzodzenia wynikają ze zwykłych zmian patologicznych tkanki łącznéj płuc, nowotwór zaś gruźlicy przeważnie ma swoje pierwotne siedlisko w ścianach naczyń włoskowatych.

Pneumonia kataralna chroniczna zaczyna się podobnie jak ostra (przy krupie) obrzmieniem nabłonka pęcherzyków płucnych; jednocześnie zdaje się mieć miejsce powiększone wydzielanie śluzu. Późniéj przychodzi do endogenicznego wytwarzania się ciałek śluzu i ropy w owych obrzmiałych komórkach nabłonka. Ciałka te wypełniają całkiem pęcherzyki. Zawartość ta wraz z komórkami nabłonkowemi w któréj się wytworzyła ulega nakoniec stłuszczeniu i tworzy już to owe znane prosowate guziczki serowate (miliare Käseknoten), już téż stłuszczenie to i zserowacenie występuje od razu na większéj przestrzeni, dając początek temu co dawniéj nazwą „gruźliczéj infiltracji" oznaczano. Chroniczna kataralna pneumonia różni się od ostréj kataralnéj tylko tém, że w téj ostatniéj obrzmiałe, a później stłuszczone komórki nabłonka pęcherzyków płucnych zostają wessane, w pierwszéj zaś ulegają zserowaceniu i jako ogniska serowate przez ucisk na naczynia włoskowate powodują nekrobiozę otaczającego miąższu.

Ponieważ tak w ostréj jak i w chronicznéj kataralnéj pneumonji nabłonek pęcherzyków płucnych jest chorobnie obrzmiały, elementa jego powiększone, zatém preparata z płuc takich szczególniéj są właściwe do przekonania się o bytności nabłonka.

Na tém musimy ograniczyć nasz referat z nadzwyczaj ciekawéj pracy *Colberg'a* i w krótkości jeszcze zdać sprawę z trzech późniejszych prac, których tytuł podaliśmy na wstępie.

Chrzonszczewski a późniéj *Hirschmann* podają sposoby przekonania się o obecności kompletnego nabłonka w pęcherzykach płucnych żaby. Zdaniem ich takiż sam nabłonek posiadają pęcherzyki płucne zwierząt ssących.

W ostatniéj pracy do tego przedmiotu się odnoszącéj, autor jéj *Bayer* sprowadza proces pneumonji krupowéj do zmian nabłonka pęcherzyków płucnych. Sprawa chorobna w pneumonji krupowéj rozpoczynać się ma zdaniem autora od obrzmienia zmętnienia i powiększenia komórek nabłonka w pęcherzykach płucnych, daléj zaś następuje endogoniczna produkcja ciałek ropy w tak powiększonych komórkach nabłonka.

W okresie rozwiniętego zapalenia komórki ropy tkwią w siatce massy włóknikowéj, która to massa również pochodzi z przemiany jakiéj ulega treść komórek nabłonka pęcherzyków płucnych. W tkance łącznéj między-pęcherzykowéj żadnéj zmiany autor nie dostrzegł.

Ze wszystkich powyższych prac wypada zatém, iż nabłonek pęcherzyków płucnych stanowi punkt wyjścia w najważniejszych procesach chorobnych miąższu płuc.

DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI.

Przyczynek do hygieny wzroku zecerów. Znany ze swych ważnych badań Dr. *H. Kohn* (z Wrocławia) w przedmiocie hygieny i statystyki wzroku ogłosił niedawno wielkiéj doniosłości poszukiwania w pracy p. t. „o oczach wrocławskich zecerów." Badanie więc dotyczy oczu takiego zawodu, w którym wzrok bezustannie jest natężony, i wielokrotnie pomocy lekarza potrzebuje.

K. badał oczy 132 zecerów. Najważniejsze dane jakie *K.* ze swych badań otrzymał są:

1. Połowa z badanych zecerów okazała się być krótkowzroczną; na 132 było ich 68 czyli 51,5 prc. Porównawszy liczbę krótkowzrocznych zecerów z liczbą krótkowzrocznych, którą przy innego rodzaju zajęciach (studenci) spotykamy, okazuje się: iż podobne cyfry otrzymujemy z badań wzroku uczniów najwyższéj klassy (prima) bo 55,8 prc, i studentów uniwersytetów bo 60 prc. Ponieważ zaś wedle twierdzenia przytoczonych

68-iu krótkowzrocznych zecerów, 51 z nich przed rozpoczęciem zawodu miało wzrok doskonały, przeto znaczna ich większość tylko skutkiem rodzaju zajęcia t. j. zawodu stała się krótkowzroczną.

2. Wedle *Kohn'a*, *stopień krótkowzroczności* w tym zawodzie z postępem czasu się wzmaga.

3. *Sztuczne oświetlenie* (gaz, olej), przy którem zecerzy w porze nocnéj, lub téż w ciemnych drukarniach (często się zdarza) przez cały dzień pracują, wywiera na wzrok wpływ następnym sposobem: *K.* znalazł większą ilość krótkowzrocznych pomiędzy zecerami którzy przez długi czas wyłącznie przy oleju pracowali (66 prc.), aniżeli między pracującymi przy gazie (50 prc.). Z pomiędzy 126 zecerów było za użyciem gazu: 75 (59 prc.), 42 za olejem (33 prc.), a 9 za naftą (5 prc.). Z wyjątkiem dwóch którzy li tylko przy gazie pracowali, reszta opierała swój sąd o oleju i gazie na własnem długoletniem doświadczeniu.

4. Badanie temperatury powietrza otaczającego oczy pracujących wykazało: iż przy oleju maximum jest: 22^0, przy nafcie 32,5^0 przy gazie 24^0. Różnica między naftą i olejem 2^0.

5. Większość skarżyła się na ogniska gazowe, które pozbawione szklannego cylindra i zasłony rażą i nużą wzrok skutkiem ciągłego migania się płomienia. Niedogodności téj przy oleju i nafcie nie ma.

6. Niebezpieczniejszem od wadliwego sposobu oświetlenia jest użycie zbyt drobnych trzcionek (t. z. petit'u) do druku. Z tego powodu twierdzi *K.* iż tylko grubsze winny być używane.

7. *Inne cierpienia* oczu zecerów nie przedstawiają nic godnego uwagi.

8. Najgłówniejszém cierpieniem zecerów jest postępowa krótkowzroczność (myopia progressiva). Ograniczenie téj nieuniknionéj wady wzroku daje się zdaniem *Kohn'a* osiągnąć: *a)* przez dobre światło dzienne:; *b)* spokojne palenie się płomienia, opatrzenie takowego cylindrem i zasłoną tak aby płomień tylko skrzynkę z trzcionkami a nie oczy zecera oświecał, co zarówno do wszelkiego rodzaju światła winno być zastosowane; *c)* zaprzestanie użycia zbyt drobnych (petite-diamant) trzcionek; *d)* ograniczenie zbyt długiéj dziennéj pracy, która obecnie (przynajmniéj jak we wrocławskich drukarniach) od godziny 8-éj rano do 10-éj wieczorem (z jedną godziną wypoczynku) się przeciąga.

(*W. M. Wft. Nr. 13—1869*)

Ilość wody w mózgowiu zawartéj. Z licznych poszukiwań *Weissbach'a* nad ilością wody zawartéj w mózgowiu, następne ważne dadzą się wyprowadzić wnioski:

1. Ilość wody nie we wszystkich częściach mózgowia jest jednaka. U dorosłych więcéj się takowéj znajduje w istocie szaréj jak w białéj — u noworodków przeciwnie.

2. U noworodka ilość wody w mózgowiu jest największa, zmniejsza się ona stopniowo do roku 20-go życia, poczem zwolna aż do późnéj starości się znowu powiększa.

3. Mózgowie męczyzn w ogóle zawiera więcéj wody jak kobiet.

4. Stany chorobowe wielki wywierają wpływ na ilość wody w mózgu. W ogóle w chorobach ostrych ilość jéj się powiększa, w przewlekłych zmniejsza.

5. Ilość wody do ilości krwi w mózgowiu jest w stosunku odwrotnym, czego o miąższości (konsystencji) mózgowia powiedzieć nie można. (*W. M. Jahrbücher H. V i IV*). *Dobrzycki.*

Andant (*Bull. gener. de Therap. 1869—76. p. 273*) podaje przypadek **pomyślnego działania terpentyny przy otruciu fosforem.** Kobieta jakaś wypiła z ciepłą wodą główki od 12 zapałek. W godzinę potem były wszystkie groźne objawy otrucia fosforem; autor podał jéj 4 razy co kwadans po 15 gran *Ol. tereb* w emulsji; już po dwóch godzinach było polepszenie. Wypróżnienie sprowadzono 2 $^1/_2$ drachmami Magnesiae ustae, a nazajutrz powtórzono jeszcze tę samą dawkę terpentyny. Wyleczenie zupełne. *M.*

KRONIKA TYGODNIOWA.

— **Wybory w Warsz. Towarzystwie Lekarskiem.** Na posiedzeniu z d. 4 Stycznia r. b. wybrani zostali na rok 1870: Prezesem Towarzystwa Prof. *Włodzimierz Brodowski*,

Vice-Prezesem, Prof. *Juljan Kosiński*; Sekretarzem rocznym Dr. *J. Wszebor*. Oprócz tego dopełniono wyborów na członków czynnych i korrespondentów, skutkiem których Dr. *Benni* wybrany został członkiem czynnym a Dr. *Robiński* z Berlina członkiem korrespondentem.

Czasopisma lekarskie zagraniczne, które mogą być sprowadzane do Warszawy za pośrednictwem pocztamtu warszawskiego.

1. Angielskie.

Tytuł pisma	*Cena.*	*Czas prenumeraty*
Lancet (London)	15 rs. 15 kop.	— 1 rok
Médical Times	16 „ — „	— 1/4 „

2. Francuzkie.

Abeille médicale	2 rs. 70 kop.	— 1 rok
Annales d'hygiene publique	7 „ 35 „	— 1 „
Bulletin générale de thérapeutique	6 „ 80 „	— 1 „
Comptes rendus de l'Academie des sciences	11 „ 75 „	— 1 „
Gazette hebdomadaire de médicine et de chirurgie	9 „ 80 „	— 1 „
„ des hopitaux ou la La cette	11 „ 90 „	— 1 „
„ médicale	14 „ 50 „	— 1 „
Journal de Pharmacie et de Chimie	5 „ 50 „	— 1 „
„ de chimie médicale de Pharmacie et de Toxicologie	4 „ 45 „	— 1 „
„ des connaissances médicales	3 „ 65 „	— 1 „
Revue des cours scientifiques	7 „ 20 „	— 1/2 „
„ de thérapeutique	4 „ 35 „	— 1 „
„ médicale française et étrangére	9 „ 30 „	— 1 „
Union médicale	15 „ — „	— 1/2 „

3. Niemieckie.

Allgemeine Wiener medicinische Zeitung	7 „ 60 „	— 1/2 „
Annalen der Chemie und Pharmacie (Leipzig)	8 „ 75 „	— 1 „
„ der Physik und Chemie (Leipzig)	4 „ 65 „	— 1 „
Berliner klinische Wochenschrift	7 „ 60 „	— 1/4 „
Deutsche Klinik (Berlin)	10 „ — „	— 1/4 „
Medicinische Centralzeitung (Berlin)	5 „ 80 „	— 1/4 „
Medicinische Wochenschrift (Wien)	5 „ 60 „	— 1/2 „
Monatschrift für Guburts kunde (Berlin)	7 „ — „	— 1 „
Pharmaceutische Centralhalle (Berlin)	2 „ 60 „	— 1/4 „
Pharmaceutische Zeitung	2 „ 60 „	— 1/4 „
Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin (Berlin)	4 „ 55 „	— 1 „
Wiener medicinische Presse	8 „ 40 „	— 1/2 „

4. Polskie.

Przegląd Lekarski (Kraków)	5 „ 70 „	— 1/2 „

Uwaga. Cena prenumeracyjna wszystkich czasopism oznaczoną jest rocznie; te z nich, których czas prenumeraty oznacza 1, mogą być zapisywane *tylko rocznie*, inne *półrocznie* (1/2) lub *kwartalnie* (1/4). Prenumerata w Królestwie może być tylko wnoszoną do Pocztamtu warszawskiego; mieszkańcy Cesarstwa mogą je prenumerować w Petersburgu, Moskwie i Warszawie.

Prenumeratorowie zamieszkali na prowincji, życzący sobie otrzymywać je wprost, mogą zapisywać *tylko w kopertach*, za którą, oprócz prenumeraty po *dwa ruble* rocznie opłacać winni.

Redakcja nasza, będzie tak jak w latach ubiegłych pośredniczyć przesyłce i przyjmować od swych czytelników prenumeratę na dzienniki lekarskie zagraniczne; uprasza jednak aby czytelnicy raczyli ściśle oznaczać, czy życzą sobie odbierać czasopisma zagraniczne w *kopertach* czy *pod opaską* i w pierwszym razie **dwa ruble**, w drugim **jednego rubla** przysyłać zechcieli.

Redaktor, Z. Dobieszewski.

w Drukarni J. Jaworskiego.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowéj.—Cena pojedynczego arkusza kop. 15 (złp. 1.)